

HOSPITAL UNIVERSITARIO
“CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

CÁNCER DE MAMA LOCALMENTE AVANZADO.

Por:

Dra. Ana Victoria de la Torres Santos¹, Dra. Sailyn Alfonso Alemán² y Dr. Ramón A. Ortiz Carrodegua³

1. Especialista de II Grado en Oncología.
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructora. ISCM-VC. Residente de Oncología.
3. Especialista de I Grado en Oncología.

Descriptor deCS:

NEOPLASMAS DE LA MAMA

Subject headings:

BREAST NEOPLASMS

El cáncer de mama es un problema de salud mundial^{1,2}. Cuba no está ajena a esta situación, pues constituye la neoplasia maligna más frecuente en la población femenina cubana, y ocupa el primer lugar como causa de mortalidad por cáncer en la mujer; es, sin lugar a dudas, un problema importante de salud^{2,3}. El sistema nacional de salud ha realizado grandes esfuerzos para el diagnóstico precoz de esta enfermedad por medio de la aplicación del Programa Nacional de Control del Cáncer de Mama, por lo que se realiza un pesquisaje activo mediante el examen físico y la mamografía, unido a la enseñanza del autoexamen de mama⁴; sin embargo, a pesar de la existencia del programa, siguen llegando pacientes en estadios avanzados, lo que conduce a una alta mortalidad⁵, suceso que no debe ocurrir, si tenemos en cuenta que esta es una enfermedad con altos índices de curación^{6,7} cuando se diagnostica precozmente y que poseemos una fértil infraestructura para enfrentarla: la medicina familiar. El caso que a continuación exponemos constituye una de esas fallas de la aplicación del Programa.

Presentación del paciente:

Paciente CCR de 49 años, raza blanca, femenina, residente en la zona urbana del municipio de Caibarién, con antecedentes de salud hasta hace aproximadamente tres años, cuando se palpó una “pelotica” en la mama izquierda, pero no asistió al médico –según refiere– por miedo. Ahora acude a la consulta de Oncología Clínica (4/7/02), sin ser remitida desde su área de salud, por presentar una lesión ulcerada a nivel de la mama izquierda que la destruyó prácticamente en su totalidad, con lesiones satélites también ulceradas y nodulares, y además gran edema del brazo con dolor intenso. Se decide el ingreso en el servicio de Oncología del Hospital “Celestino Hernández Robau”, se realiza citología por aspiración con aguja fina (CAAF) mediante la cual se evidencia un carcinoma ductal de mama metastático; se efectúa el estadiamiento como un T4c N2 M1 etapa IV.

Examen físico:

La facies de la paciente tenía un aspecto normal; las mucosas se encontraban normocoloreadas y húmedas; a nivel de la piel se observaba una lesión ulcerada que ocupaba todo el hemitórax izquierdo con lesiones nodulares satélites y gran linfedema en el brazo izquierdo de escaso godet. Esta enorme lesión ulcerada provocaba una ausencia total de la mama izquierda y la presencia de nódulos satélites alrededor de la úlcera, con infiltración del tejido celular subcutáneo de la mama derecha (Fig 1). Al examinar el aparato cardiovascular, los ruidos se encontraban rítmicos y bien golpeados, no se auscultaron soplos. Los pulsos periféricos arteriales estaban presentes y sincrónicos; TA: 130/80; FC: 76 x min; a nivel del aparato respiratorio, el murmullo vesicular estaba conservado, no se auscultaban estertores, FR: 16 x min; a la palpación el abdomen era suave, depresible, sin visceromegalia palpable; desde el punto de vista neurológico la paciente estaba consciente, orientada y sin ningún déficit motor.

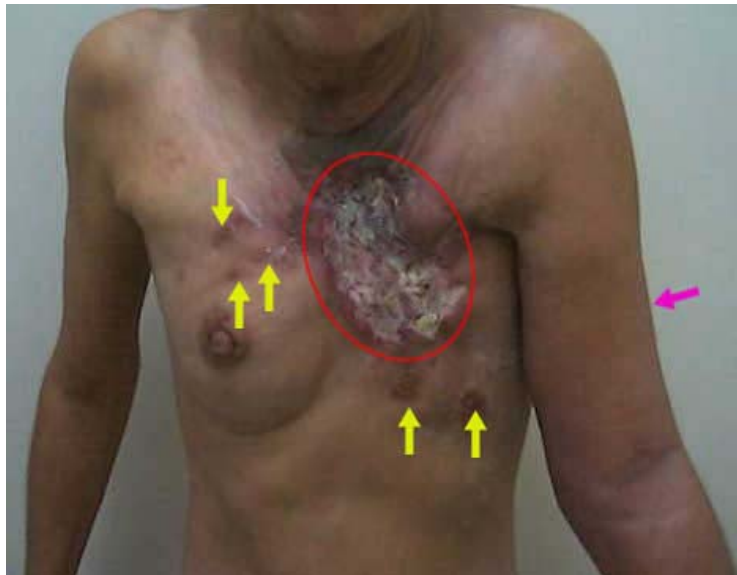


Fig 1 Cáncer de mama avanzado.



Luego de un minucioso examen físico, se indicaron diversos estudios para determinar el diagnóstico y la conducta a seguir. Se indicó hemoquímica sanguínea, cuyos parámetros estaban bastante aceptables, excepto la eritrosedimentación, que se encontraba movida (centenaria) (tabla); luego se realizó una citología por aspiración con aguja fina (CAAF) que arrojó como resultado un carcinoma ductal de la mama. Se efectuaron varios estudios imagenológicos, entre ellos: el tórax simple, donde fueron observadas múltiples imágenes radioopacas que adoptaban forma nodular en ambos campos pulmonares, por infiltración; por ello, se realizó TAC de pulmón simple, en la que se evidenciaron múltiples imágenes nodulares de pequeño tamaño en ambos campos pulmonares; la mayor no superaba el centímetro de diámetro, y no se precisaron adenopatías metastásicas. Otro estudio de gran valor fue el ultrasonido abdominal, donde se observó una vesícula alargada sin cálculos, el colédoco y las vías biliares de calibre normal. El hígado con aumento de la brillantez de forma difusa, hepatomegalia de 2 cm, bazo, páncreas y ambos riñones de características normales. En el estudio gammagráfico óseo (Fig 2) con MDP se observó un acúmulo patológico del radiofármaco a nivel del cuerpo esternal.

Tabla Estudios complementarios realizados para evaluar el estado del paciente.

Complementario	Valores
Bilirrubina	7,3 ml/l
TGP	6 ml/l
TGO	10 ml/l
Fosfatasa alcalina	62 UB
Proteínas totales	66 g/l
Hematócrito	0,30 l/l
Leucograma	11,7 x 10 ⁹ /l
Neutrófilos	0,72 x 10 ⁹ /l
Linfocitos	0,22 x 10 ⁹ /l
Basófilos	00
Eosinófilos	0,01x 10 ⁹ /l
Monocitos	0,01x 10 ⁹ /l
Glicemia	5,9 ml/l
Creatinina	69 mm/l
Albúmina	32 g/l
Eritrosedimentación	110 mm
Hemoglobina	100 g/l
Plaquetas	160 x 10 ⁹ /l
Parcial de orina	
Epitelios	Algunos
Hematíes	1-3 x campo
Leucocitos	0-2 x campo

Fuente: Historias clínicas.



Fig 2 Estudio gammagráfico.

Leyenda:

Metástasis ósea



Después de confirmar el diagnóstico, se inició la aplicación de la terapéutica según las normas oncológicas establecidas; se aplicó poliquimioterapia con CA (Ciclofosfamida a 600 mg por m² y Adriamicina a 60 mg por m²) por cuatro ciclos, con lo que se logró una respuesta, y se mantuvo en enfermedad estable durante seis meses. Posteriormente la paciente evolucionó hacia la

progresión de la enfermedad y falleció con múltiples metástasis pulmonares, siete meses después de haber concluido la terapéutica.

Comentario

Con la presentación de este caso sólo queremos alertar a los profesionales de la salud para que cooperen con la aplicación del Programa Nacional de Control del Cáncer de Mama en el diagnóstico precoz de la enfermedad, con el fin de lograr una mayor supervivencia^{8,9} con mejor calidad, y la aplicación de tratamientos menos mutilantes^{9,10}.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Centros colaboradores de la información de la OMS: información general. Ginebra: Oficina de la Promoción y Desarrollo de la Investigación de la OMS; 2000.
2. Organización Mundial de la Salud. Asistencia paliativa. En: Programas nacionales de lucha contra el cáncer, directrices sobre política y gestión. Ginebra: OMS; 1999. p. 83-6.
3. Pérez Suárez C, Pérez Suárez M, Pérez Protet E, Ojeda Ojeda M. Afecciones mamarias: el comportamiento en nuestro medio. Rev Cubana Oncol 1999;13(2):104-10.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa nacional de cáncer de mama. La Habana: MINSAP; 1986.
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Oficina del registro provincial del cáncer. Departamento de estadísticas. Santa Clara: Sectorial Provincial de Salud; 2000.
6. Aapro MS. Adjuvant therapy of primary breast cancer: a review of Key Findings from the 7th International Conference, St. Gallen, February 2001. Oncologist 2001;6:376-85.
7. Algara López M, Foro Arnalot P, Reig Castillejo A. Edad avanzada y neoplasia de mama. Utilidad del hipofraccionamiento. Resultados preliminares. Oncología 2000;22:163-8.
8. Rocen PP. Factores que influyen en la supervivencia y el pronóstico del carcinoma mamario. J Clin Oncol 1999;9(3):805-37.
9. De la Heras González M, Salinas Ramos J, Serna Berna A, Brow K, Carthew P, Lim CK, et al. Utilidad de la radioterapia adyuvante tras la mastectomía: teorías, limitaciones y evidencias. Oncología 1999;22:147-62.
10. Kato T, Kimura T, Miyakawa R, Tanaka S. Clinicopathologic features associated with long-term survival in node-negative breast cancer patient. Jpn J Surg 1999;26:105-14.